



Załącznik 5 do P.2.22 Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego przez pacjenta, opiekuna, świadka

1. Kto zgłasza zdarzenie?

- ☐ Pacjent
- ☐ Rodzina pacjenta / Opiekun
- ☐ Świadek zdarzenia
- ☐ Inna osoba (np. odwiedzający)

2. Czy chce Pan/Pani pozostać anonimowy/a?

- ☐ TAK
- ☐ NIE (jeśli NIE, proszę wypełnić poniższe pola)

Imię i nazwisko (opcjonalnie):

Telefon lub e-mail do kontaktu (opcjonalnie):

3. Informacje o zdarzeniu

Data i godzina zdarzenia:

Miejsce zdarzenia:

- ☐ Oddział (nazwa):
- ☐ Sala chorych
- ☐ Łazienka
- ☐ Korytarz (opisz lokalizację):
- ☐ Inne (proszę opisać):

4. Opis zdarzenia

Proszę opisać jak najdokładniej, co się wydarzyło, kto był zaangażowany, jakie były skutki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



5. Typ zdarzenia

- ☐ Pomyłka zabiegowa / operacyjna
- ☐ Pozostawienie ciała obcego
- ☐ Błąd w diagnozie
- ☐ Uszkodzenie ciała pacjenta
- ☐ Opóźnienie lub brak opieki
- ☐ Nieprawidłowy lek / dawka / pacjent / czas / droga podania
- ☐ Brak leku / nieterminowe podanie
- ☐ Brak sprzętu lub jego awaria
- ☐ Niedostateczna obsada / chaos organizacyjny
- ☐ Upadek pacjenta
- ☐ Samowolne opuszczenie szpitala
- ☐ Samouszkodzenie / próba samobójcza
- ☐ Napaść, molestowanie
- ☐ Inne (jakie?):

6. Skutek zdarzenia

- ☐ Brak szkody
- ☐ Tymczasowy uszczerbek na zdrowiu
- ☐ Trwały uszczerbek
- ☐ Zagrożenie życia
- ☐ Zgon
- ☐ Inne (jakie?):

7. Dodatkowe uwagi lub sugestie dotyczące poprawy bezpieczeństwa

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie formularza. Twoje zgłoszenie ma znaczenie.
Pomaga nam to uczyć się i poprawiać jakość opieki.